

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付申請書（事業所用）

大 淀 町 長 殿

申請者 所在地
事業所名
代表者名
電話番号

大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金の交付について、大淀町骨髄移植ドナー支援事業助成金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

対象ドナー	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	採取日時点 の住所	奈良県吉野郡大淀町
申請金額	日間 × 1万円 = 万円	
交付対象期間 (うち、助成対象日数)	(計 日間)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 公益財団法人日本骨髄バンクが発行する証明書 <input type="checkbox"/> ドナーとの雇用関係を証する書類 <input type="checkbox"/> ドナー休暇制度がないことを証する書類 (事業所の就業規則等の写し) <input type="checkbox"/> その他、町長が必要と認める書類	